

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N° °

391

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

MARTIN Pierre, Alexandre, Marie

Né le 18 Décembre 1915, à Luçon (Vendée).

Contribution à l'Étude
de
l'Apoplexie Utéro-Placentaire

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

MARTIN Pierre, Alexandre, Marie

Né le 18 Décembre 1915, à Luçon (Vendée).

Contribution à l'Étude
de
l'Apoplexie Utéro-Placentaire

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LAINEL-LAVASTINE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
	LAUBRY.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	chirurgicale.
DOGNON	Physique.	RICHET	Ophtalmologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Physiologie
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.		Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SOULIE	Pathologie chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	SUREAU	Pathologie médicale.
		TURPIN	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.		Pathologie médicale.
		WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

A TITRE PERMANENT

V. — CHARGES DE COURS

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Avec toute ma reconnaissance filiale.

A MA FEMME

En gage de mon affection.

A MON FRERE JOSEPH

*Tombé au champ d'honneur,
mai 1940.*

A MES FRERES ET A MA SŒUR

A MA GRAND' MERE MATERNELLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES ONCLES ET MES TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Professeur de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et qui nous a si
aimablement guidé dans ce tra-
vail. Hommage de profonde re-
connaissance et d'infinie grati-
tude.*

A TOUS MES MAITRES
DES HOPITAUX DE NANTES

Contribution à l'Etude de l'Apoplexie Utéro-Placentaire

INTRODUCTION

La question des apoplexies utéro-placentaires, qui a fait l'objet, dans ces dernières années, de nombreuses discussions pathogéniques et thérapeutiques, ne s'est posé sous son aspect actuel qu'à partir des premiers mémoires de COUVELAIRE à ce sujet, qui datent d'octobre 1911.

Quand on examine les descriptions cliniques antérieures, sans doute le grand tableau clinique tel que nous le connaissons, est rapporté avec fidélité dans ses grandes lignes, et on connaissait certes l'abondance des hématomes rétro-placentaires, l'état de shock hémorragique pouvant aller jusqu'à la mort, l'hypertension douloureuse de l'utérus, la relation fréquente de ces hématomes avec l'albuminurie et certains auteurs s'étaient même risqués à pratiquer déjà l'opération césarienne. Mais ce syndrome si caractéristique ne méritait pas encore une place distincte dans la nosologie

obstétricale et se trouvait confondu avec des syndromes analogues, provoqués par le traumatisme, par endométrite, par les émotions vives (PEU, H. SPENCER, BONNAIRE), voire même par les tractions opérées sur le placenta à l'occasion d'une brièveté du cordon ou de circulaires du cordon.

COUVELAIRE a eu le mérite d'imprimer à la question une orientation nouvelle et de lui donner légitimement une place tout à fait distincte dans la pathologie obstétricale. Il a surtout insisté sur l'opportunité du traitement chirurgical et l'un de ses élèves, PORTES, dans sa thèse, a repris la question avec beaucoup de clarté.

A nouveau, en 1937, à l'occasion du Congrès d'Obstétrique, il a proposé un essai de pathogénie dont l'intérêt est certes très grand, mais qui, pour le moment, reste dans le domaine des hypothèses scientifiques.

A la lumière des travaux de COUVELAIRE, de ceux qui ont été exposés depuis lors, des rapports de WEYMEERSCH et de SNOEK, de Bruxelles et des discussions consécutives auxquelles prirent part un certain nombre d'accoucheurs de langue française, il est permis de se faire une idée de l'état de la question.

Nous avons confronté les notions qui se dégagent de ces derniers travaux avec l'expérience clinique que

représentent vingt observations recueillies dans ces dernières années à la Clinique Obstétricale de l'Ecole de Médecine de Nantes, dirigée par le Professeur LE-ROUX.

A l'étude de ces vingt observations, se limite la contribution que nous apportons au dossier déjà très riche de l'apoplexie utéro-placentaire.

Nous exposerons et dépouillerons ces observations dans ce travail, au point de vue clinique et thérapeutique.

OBSERVATIONS

Nous les grouperons suivant le mode de traitement employé.

— Nous commencerons par celles dont *l'accouchement s'est fait spontanément*

— soit à la suite de la rupture, artificielle ou non de la poche des eaux;

— soit à la suite d'une injection de morphine.

— Ensuite, nous en décrirons une dont *l'accouchement s'est terminé par forceps*;

— Puis celles dont *l'accouchement s'est fait*

— soit *par césarienne basse*

— soit *par césarienne vaginale*

— soit *par césarienne suivie d'hystérectomie.*

ACCOUCHEMENT SPONTANE

Neuf observations. — 1° Sans ou après rupture artificielle de la poche des eaux; 2° Après injection de morphine.

OBSERVATION N° 1. — Année 1925.

Madame B..., enceinte d'environ sept mois est prise brusquement de douleurs abdominales intenses et continues, nécessitant l'emploi d'urgence d'une ampoule de morphine. Le Docteur LEROUX, appelé d'urgence par le mari, médecin lui-même, trouve la malade en proie à un état de shock très marqué, avec douleurs violentes et continues dans l'abdomen.

L'utérus est dur, tendu, « en bois », impalpable.

Au toucher vaginal, le col est effacé, dilaté à un franc. mais les bords, ainsi que le segment inférieur sont extrêmement tendus.

La malade perd du sang noir et assez peu abondant.

Elle a, malgré tout, un teint très pâle.

Elle présente quelques œdèmes discrets.

L'urine prélevée par sondage, contient une quantité massive d'albumine.

La T. A. est de 22-14.

Malgré cet état, les bruits du cœur sont perçus.

Le diagnostic s'impose d'apoplexie utéro-placentaire grave.

Comme la malade se trouve à la campagne, on décide son transport immédiat en clinique, en le faisant précéder par une injection de deux centigrammes de morphine.

A l'arrivée à la clinique, après un trajet d'une vingtaine de kilomètres en automobile, on trouve le col suffisamment dilaté pour permettre l'expulsion d'un fœtus vivant, mais non viable, d'environ sept mois.

L'expulsion du placenta est suivie de l'évacuation d'une masse importante de caillots noirâtres.

La malade se rétablit lentement, conservant de l'albumine, un état d'hypertension permanent.

On a appris depuis que cette femme était une morphinomane invétérée dont les reins étaient déjà atteints avant l'accouchement.

OBSERVATION N° 2. — Année 1925.

Primipare âgée de 16 ans.

Premier pas à un an, réglée à 13 ans.

Dernières règles du 4 au 8 mai 1925.

Grossesse normale. Pas d'œdèmes — pas de varices — pas d'albumine.

La femme entre en travail le 24 janvier 1926 à 8 heures.

La journée et une partie de la nuit se passent en douleurs. Vers 3 heures du matin, la femme perd les eaux; le liquide amniotique est fortement teinté de sang. Devant ce fait, la famille effrayée décide de l'envoyer à la Maternité. Elle entre à la salle de travail le 25 janvier à 5 heures.

A 5 heures 35, expulsion du fœtus qui est cyanosé et qui ne présente aucun battement cardiaque. En même temps que le fœtus, il y a issue d'une certaine quantité de liquide amniotique fortement mêlé de sang.

Le placenta est recouvert sur toute la partie centrale de sa face fœtale par de gros caillots fortement adhérents; seule la partie marginale est saine, quoique épaissie. Les cotylédons sont dissociés par les caillots et le placenta se trouve creusé en cupule.

Malgré la quantité assez considérable de sang perdue par la femme, celle-ci ne semble pas trop anémiée. Si la face est pâle, le pouls est bon.

L'analyse d'urine au tube d'Esbach, révèle une quantité d'albumine de trois grammes.

La T. A. prise après l'accouchement est de 15-9.

La femme est dans un état satisfaisant le 10 février 1936.

OBSERVATION N° 3. — Année 1935.

XII pare, âgée de 43 ans.

Onze grossesses normales — onze enfants vivants.

Premiers pas à 12 mois, réglée à 15 ans.

Dernières règles du 25 au 29 octobre 1934.

Mouvements actifs perçus en mars 1935.

Vomissements et légères pertes blanches dans les deux premiers mois de la grossesse.

Pas d'albumine.

A perdu du sang dans les trois premiers mois de la grossesse.

Au début du mois de juin, nouvelle hémorragie abondante, pendant quatre jours, sans douleurs. Cesse par le repos.

Le 24 *juillet*, la malade saigne abondamment et souffre d'une façon continue.

Examen du Professeur LEROUX à 23 h. 30.

— Hémorragie assez abondante.

— Utérus dur, ligneux, impalpable.

— Bruits du cœur fœtal perçus, un peu accélérés.

— Col dilaté à 1 franc.

— T. A. : 13-10.

— Présence d'albumine dans les urines.

— Diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré est fait. .

— *Injection immédiate de deux centigrammes de morphine,*

— puis transport à la Maternité clinique.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, la malade accouche spontanément sur le brancard des Prompts-Secours, d'un enfant vivant, du sexe masculin, de 3.350 grammes.

Une demi-heure après, la délivrance se fait normalement.

Examen du placenta:

Sur l'un des bords, cotylédon blanchâtre, atrophié, scléreux, signant l'origine de la première hémorragie qui s'est produite au début de juin.

A côté, sur le bord également, zone noirâtre avec un début de déformation en cupule, correspondant à l'hémorragie récente.

Dans les membranes, caillots noirs et rouges.

Suites de couches normales.

La mère et l'enfant quittent la Maternité le 3 août dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 4. — *Année 1937.*

Primipare âgée de 16 ans.

Dernières règles du 2 septembre au 10 septembre 1936.

Mouvements actifs en février 1937.

Entre à la Maternité clinique le 11 mai 1937 pour hémorragie externe.

Le 11 mai à 11 heures.

Présente de l'œdème des membres inférieurs.

T. A. 13-9.

Pas d'albumine dans les urines.

Col dilaté à 2 francs. Le doigt ramène des caillots au toucher.

Le diagnostic d'hématome rétro-placentaire est porté.

Le 12 mai à 9 h. 30, l'hémorragie continuant, rupture artificielle de la poche des eaux.

Le 13 mai à 7 heures, expulsion d'un enfant prématuré, vivant, du sexe féminin, du poids de 2.450 grammes.

Une demi-heure plus tard, expulsion du placenta présentant sur sa face utérine un hématome.

La mère et l'enfant sortent de la Maternité clinique le 23 mai, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 5. — *Année 1937.*

II pare âgée de 26 ans.

Réglée à 14 ans.

Accouchement normal en août 1933, enfant bien portant.

Dernières règles du 17 au 20 août 1936.

Mouvements actifs perçus fin décembre.

Le 26 avril 1937, elle fait venir son médecin, car depuis le matin, elle a une abondante hémorragie.

Rentre à 16 heures le même jour à la Maternité clinique.

A son arrivée, on est frappé par la bouffissure généralisée de la malade, de la face, des mains.

Œdème péri-malléolaire.

Elle souffre en permanence. Est agitée.

T. A.: 12-8.

Légère albumine dans les urines.

Utérus dur, contracturé, impalpable.

Dilatation du col à peine 2 francs.

Col très résistant.

Diagnostic d'un hématome rétro-placentaire est fait
Aussi à 16 h. 45 — *injection de deux centigrammes de morphine.*

A la suite de la piqure, la malade repose.

A 18 h. 15, accouchement spontané d'un enfant mort
du sexe féminin, pesant 3.150 grammes.

Quelques minutes après l'accouchement, expulsion
spontanée du placenta d'un poids de 820 grammes.

Il paraît œdématié, épaissi, et présente à la coupe des
lésions d'infarctus généralisé.

Il présente aussi un hématome de 280 grammes qui
a causé la mort de l'enfant.

La femme sort de la Maternité le 5 mai 1937, dans un
état satisfaisant.

OBSERVATION N° 6. — Année 1938.

Madame B..., enceinte de huit mois et demi, entre en
travail le 18 juin à 3 heures du matin. A midi, son
médecin appelé constate que le col est œdématié et dur
avec une dilatation très petite.

A 15 h. 30, la dilatation a à peine progressé. Le col semble moins œdématié, mais est rigide.

Craignant que la dilatation ne se fasse trop lentement et imparfaitement et trouvant la malade assez fatiguée, le médecin envoie la femme à la maternité clinique.

A son arrivée, à 18 h. 30, la malade frappe par sa pâleur terreuse et paraît extrêmement shockée. Le pouls est faible, battant à 130. La respiration est également accélérée.

On apprend alors que la malade perd depuis le matin, d'une façon continue, une petite quantité de sang noirâtre et qu'elle a eu plusieurs syncopes, caractérisées par une pâleur subite du visage avec perte momentanée de la connaissance.

Les membres inférieurs et les mains présentent un léger œdème, qui, paraît-il, date de huit jours.

A 18 h. 45, l'accouchement a lieu, rapide et normal. Enfant mort. Au moment de l'expulsion du fœtus, issue d'une grande quantité de caillots noirs. L'hémorragie de la délivrance est d'abondance normale.

— Le placenta présente quelques cupules.

Aussitôt après l'accouchement, la malade paraît plus fatiguée: pas de pouls, respiration accélérée. Extrémités refroidies, lèvres fuligineuses. Les yeux sont réversés, la pâleur très accentuée. La malade est subdélirante, légèrement agitée.

On lui fait immédiatement trois flacons de sérum sous-cutané et une *transfusion sanguine* de 300 grammes.

Pendant la transfusion, la malade se recoloré légèrement. Le pouls devient alors perceptible, quoique faible et toujours très accéléré.

Mais à peine une demi-heure plus tard, la malade tombe dans un demi-coma et meurt en quelques instants.

La malade avait fait un premier accouchement, il y a neuf ans, terminé par forceps.

Un deuxième, il y a sept ans, durant lequel elle avait eu des hémorragies.

OBSERVATION N° 7. — *Année 1938.*

Primipare âgée de 18 ans.

Réglée à 15 ans. Règles irrégulières, douloureuses, peu abondantes.

Dernières règles du 16 au 18 novembre 1937.

Mouvements actifs perçus à cinq mois.

Pas d'œdèmes, pas d'albumine.

T. A.: 11-8,5.

Varices de la jambe gauche.

Début du travail le 1^{er} juillet 1938, à 12 heures, alors que la malade est enceinte de sept mois.

Rupture de la poche des eaux le même jour à 14 h. 30.

A 15 h. 10, expulsion spontanée d'un enfant mort-né, de 2.800 grammes. Cette expulsion s'accompagne d'une hémorragie abondante.

La moitié du placenta est détruite et présente des cupules dues certainement à un hématome rétro-placen-

taire, expliquant l'accouchement prématuré et l'hémorragie au moment de l'expulsion du fœtus.

Après l'accouchement, la malade est pâle, paraissant anémiée.

Le 2 juillet, faciès bouffi, œdème des paupières.

T. A. : 8-4.

La malade sort le 12 juillet dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 8. — *Année 1940.*

Femme âgée de 36 ans.

Premiers pas à dix-huit mois.

Réglée à 12 ans.

Dernières règles du 20 au 24 décembre 1939.

Mouvements actifs au mois de mai.

Entre à la Maternité clinique le 15 août 1940, à 22 heures, pour pertes de sang.

Présence d'albumine dans les urines.

T. A. : 19-13.

Le 16 août au matin, la malade accuse quelques douleurs abdominales, qui se prolongent jusqu'au lendemain 17.

Le 17 août, à 10 heures, perte des eaux.

Utérus dur.

Bruits du cœur non perçus.

A 10 h. 20, expulsion spontanée d'un enfant mort-né, en état de desquamation, pesant 1.600 grammes.

A 10 h. 30, expulsion de la délivrance, présentant deux cupules dûs à deux hématomes rétro-placentaires.

La malade sort de la maternité clinique le 27 août 1940 dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 9. — *Année 1941.*

IV) pare de 32 ans.

Première grossesse en 1931 — Accouchement à 8 mois — Enfant décédé à l'âge de 15 mois de méningite cérébro-spinale.

2° En 1933, fausse-couche de 6 mois.

3° En 1935, accouchement à 8 mois, enfant mort-né.

Réaction de Bordet-Wassermann faite après la troisième grossesse s'est montrée partiellement positive.

A subi un petit traitement au mercure et au sulfarsénol.

Dernières règles le 2 juillet 1940.

A eu, au mois d'août, une série de Muthanol, de l'acétylarsan. A été ainsi traitée pendant toute sa grossesse.

Entre le 4 mars, à 9 h. 30, à la Maternité clinique.

Enceinte de 7 mois et demi, elle souffre et perd du sang.

Au cours de la grossesse, elle a eu quelques malaises, des vertiges, de la céphalée.

T. A.: Maxima 17.

Examen des urines révèle de l'albumine.

La malade est pâle, bouffie, est très shockée et perd beaucoup de sang.

Devant ces symptômes, il est fait *la rupture artificielle de la poche des eaux*.

A 12 h. 15, accouchement par les voies naturelles d'un enfant mort de 1.500 grammes.

Examen du placenta. — Montre au niveau de la face utérine un caillot de sang et une déformation en cupule de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le 8 mars, la malade a un cœur arythmique, avec ébauche de bruit de galop et T. A.: 18,5-12,5.

Elle passe le 10 mars dans un service de médecine générale.

ACCOUCHEMENT PAR FORCEPS

OBSERVATION N° 10. — *Année 1936.*

Madame G..., âgée de 26 ans, entre à la Maternité clinique le 26 septembre 1936, à 21 h. 30 pour pertes de sang abondantes durant depuis 17 h. 30.

A l'examen, on constate un ventre dur, un utérus très tendu.

Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Au toucher, on constate qu'il n'y a aucun début de travail. On fait la *rupture artificielle des membranes*, et comme la malade ne saigne plus, on décide d'attendre. On lui fait cinq centimètres cubes d'huile camphrée et de la strychnine-spartéine.

A 23 h. 30, la malade sent le besoin de pousser. Le Docteur JAROUSSE appelé, fait *une application de forceps* et extrait un enfant mort de 3.000 grammes à 0 h. 15.

L'expulsion du placenta se fait aussitôt. A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un hématome rétro-placentaire; en effet, le placenta présente plusieurs cupules dont une assez considérable.

La pâleur de la malade ne faisant que s'accroître, il lui est fait un litre de sérum sous-cutané et huile camphrée, strychnine, spartéine, coramine.

Le pouls devenant de plus en plus imperceptible, on décide de faire une transfusion de sang, mais devant l'état comateux de la malade on abandonne.

La malade expire à 1 h. 30.

CESARIENNE BASSE

OBSERVATION N° 11. — *Année 1931.*

Primipare âgée de 21 ans.

Premiers pas à 8 mois. — Réglée à 15 ans.

Dernières règles au début de mars 1931.

Mouvements actifs perçus en septembre.

Le 22 novembre 1931, à 18 heures, douleurs intenses survenues subitement dans l'abdomen, ayant débuté par un état syncopal.

Le même jour à 21 heures, la malade entre d'urgence à la maternité clinique.

A son arrivée, malade agitée, faciès pâissant rapidement. Douleurs continues.

L'utérus de huit mois est en état de tension permanente. C'est un utérus de bois, dont il est impossible de palper le contenu.

Ecoulement continu de sang rouge vif par la vulve.

Dilatation lenticulaire. Segment inférieur et col tendus, contrastant avec la souplesse des parties molles vaginales.

Bruits du cœur perçus en avant et à gauche.

T. A.: 10-7.

Cedème des jambes. Albumine dans les urines.

On porte le diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré chez une femme ayant *des signes de pré-éclampsie*.

A 21 heures, un *centigramme de morphine*, mais le col ne se dilate pas.

23 h. 30: *Césarienne abdominale : anesthésie rachidienne* 10 centigramme de scurocaïne. Technique habituelle. Au cours de l'opération, la malade a des vomissements. Zone d'infiltration sanguine en plein muscle utérin. Extraction difficile au forceps d'un enfant du sexe masculin, de 1.930 grammes, en état de mort apparente.

Ranimé assez facilement. Ne crie cependant qu'au bout d'une demi-heure.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, un très gros caillot (de la grosseur de deux poings) est expulsé avec du sang liquide.

Décollement et extraction artificielle du placenta.

Le 23 novembre, la malade a un faciès bouffi.

T. A.: 14-8,5.

Saignée: 350 grammes.

Le 12 décembre, la malade a une T. A.: 13-7.

Elle sort de la Maternité clinique dans un état satisfaisant.

L'enfant à ce jour est bien portant. Son poids est de 2.070 grammes.

OBSERVATION N° 12. — Année 1932.

III pare, âgée de 28 ans.

Premiers pas à 11 mois, réglée à 13 ans.

1°) Accouchement d'un enfant prématuré de 7 mois, mort au bout de dix jours.

2°) Fausse couche de 2 mois et demi en juin 1931.

Dernières règles du 30 août au 4 septembre 1931.

Mouvements actifs janvier 1932.

Jusqu'à huit mois et demi, grossesse normale.

A cette époque, perte de sang rouge peu abondante.

Repos au lit. Tout s'arrange.

Le 15 juin 1932, rupture de la poche des eaux, avec hémorragie de moyenne abondance, formée de caillots noirs.

Son médecin la fait entrer à la Maternité clinique dans l'après-midi vers 6 heures.

Le Professeur LEROUX examine la malade aussitôt.

Il constate un aspect œdématisé de la femme; figure bouffie. Albumine 1 gr. par litre.

Membres supérieurs et inférieurs œdématisés.

T. A.: 17-11 — donc *syndrome de pré-éclampsie*.

Hémorragie externe.

Col non effacé.

Utérus très dur. Impalpable, contracté par intermittence, non douloureux. .

Bruits du cœur perçus à quatre travers de doigt en dehors de l'ombilic.

Diagnostic porté: apoplexie rétro-placentaire avec décollement.

23 heures: Césarienne abdominale — Anesthésie rachidienne. Opération normale.

Extraction par énucléation d'un enfant du sexe féminin de 3.520 grammes, qui crie immédiatement.

Placenta inséré sur segment inférieur.

Mais pas d'hématome rétro-placentaire.

Possibilité d'un état pré-éclamptique, ayant coïncidé avec un début de décollement et avec placenta praevia.

Suites opératoires normales.

La malade sort de la maternité clinique le 7 juillet 1932 dans un état satisfaisant.

L'enfant à sa sortie a un poids de 3.700 grammes.

OBSERVATION N° 13. — Année 1935.

X pare âgée de 36 ans.

Premiers pas à 14 mois.

Réglée à 13 ans.

Neuf grossesses normales et à terme. Neuf enfants vivants.

Dernières règles du 8 au 14 février 1935.

Mouvements actifs au milieu de juin.

Le 4 décembre, à 8 heures du soir, rupture sponta-

née de la poche des eaux. Le lendemain et le surlendemain, aucune contraction utérine.

Le 7 décembre, à 15 heures, la malade perd du sang par la vulve.

Entré alors, à 20 h. 30, à la Maternité clinique.

Hémorragie abondante.

Abdomen volumineux.

Œdème des membres inférieurs.

Œdème sus-pubien.

Col dilaté à deux francs, mais bords du col fermes.

Bruits du cœur sont perçus.

En raison de l'importance de l'hémorragie, le Professeur LEROUX fait une *césarienne basse*.

Anesthésie rachidienne. Technique habituelle.

Extraction d'un enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 4.850 grammes.

Le placenta présente sur sa face utérine des caillots de sang noir.

Il s'agit donc d'un hématome rétro-placentaire.

Les suites opératoires sont assez accidentées par une grosse élévation de température avec forte céphalée. Mais pas de signe de péritonite.

La malade et l'enfant sortent de la Maternité clinique le 4 janvier 1936, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 14. — Année 1935.

Primipare âgée de 30 ans.

Premiers pas à 15 mois. — Réglée à 14 ans.

Dernières règles du 18 au 22 décembre 1934.

Mouvements actifs perçus en mai 1935.

Au début de la grossesse vomissements.

La malade, envoyée par son médecin, pour albuminurie, hypertension artérielle 16-8, et vomissements à type incoercible, entre à la Maternité clinique, le *dimanche 22 septembre 1935*.

A son arrivée: T. A.: 16-10.

Urines contenant de l'albumine. (1 gr. 50 au tube d'Esbach).

Vomissements continus. Oligurie.

Etat général mauvais, à ce point que se posent les indications d'un accouchement prématuré ou d'une césarienne. Cependant, on décide de mettre la femme au régime et à l'isolement pendant 24 heures.

Aucune visite ce dimanche.

Eau, tisanes, ventouses sur la région lombaire.

Sérum glucosé 500 grammes.

Lundi 23 septembre. — Amélioration.

Pas de vomissements.

T. A. baisse: 15-10.

Urines un peu plus abondantes.

Albumine: 1 gr. au tube d'Esbach.

Même régime que la veille.

Mardi 24 septembre. — Amélioration persiste.

Urines de plus en plus abondantes.

Cependant: *céphalée assez violente et gêne épigastrique.*

A 12 h. 30, la malade perd subitement et sans beaucoup de douleurs, une grosse quantité de sang noir mêlé de caillots.

Utérus *de bois*.

Bruits du cœur perçus, lents et faibles.

Aucun début de dilatation.

Le Professeur LEROUX décide l'intervention à 15 heures.

Césarienne basse. — Anesthésie au Schleich.

Utérus farci de petites hémorragies.

Sous le péritoine, nombreuses petites suffusions sanguines.

Extraction d'un enfant du sexe féminin, de 2.910 grammes, dont le cœur bat, mais qui ne crie pas.

Ranimée au bout d'un quart d'heure.

Présence dans l'utérus de nombreux caillots.

Utérus à la suite d'hypophyse se contracte bien.

Le placenta d'un poids de 390 grammes, présente un caillot sur sa face utérine, caillot qui a repoussé le tissu placentaire et a creusé une *déformation en cupule*.

Tout autour du placenta, il y a une véritable couronne de zones apoplectiques (placenta truffé).

Poids du caillot: 280 grammes.

Suites opératoires: normales.

La mère et l'enfant sortent de la Maternité clinique le 7 octobre 1935, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° 15. — *Année 1936.*

Primipare âgée de 24 ans.

Premiers pas à huit mois.

Dernières règles du 7 juin au 10 juin 1935.

Mouvements actifs perçus au début de novembre.

Le 1^{er} février 1936, à 10 heures.

La malade se sent soudain fatiguée.

En quelques instants, sa face se décolore, ses lèvres deviennent violettes, son nez se pince.

Envie impérieuse d'aller à la selle.

Devant ces symptômes, on met la malade tête basse.

En découvrant la malade pour faire huile camphrée-spartéine, on constate une grande quantité de caillots dans le lit.

• Douleurs violentes dans les reins.

Utérus dur, impalpable.

Gros œdème sus-pubien, mais pas d'œdème malléolaire.

T. A.: 18-10.

Gros souffle systolique de la pointe. La malade a eu des rhumatismes à l'âge de 8 ans.

Examen des urines montre un peu d'albumine.

Col fermé, non dilatable.

Devant ce syndrome, le diagnostic d'hématome rétro-placentaire est porté.

Bruits du cœur fœtal assourdis et accélérés.

Il est fait à la malade une injection d'huile camphrée et *deux centigrammes de morphine*.

Le col ne se dilatant pas: *césarienne supra-symphysaire* sous anesthésie au Schleich.

Technique habituelle. Pas de difficultés opératoires.

Extraction du fœtus, du sexe masculin, d'un poids de 3.000 grammes, qui naît étonné. Il est ranimé après adrénaline intra-cardiaque, mais meurt quelques heures plus tard.

Utérus, à la suite d'hypophyse, se contracte bien.

Placenta épaissi, qui présente du côté fœtal une grande quantité d'infarctus blancs, et de veines dilatées, et du côté utérin, des hématomes rétro-placentaires et intra-placentaires.

La malade sort de la Maternité clinique le 29 février 1936 et entre en médecine générale pour sa lésion cardiaque signalée ci-dessus.

OBSERVATION N° 16. — Année 1938.

Primipare âgée de 30 ans.

Premiers pas à 14 mois. Réglée à 12 ans.

Dernières règles du 18 au 20 juillet 1938.

Aurait eu dans sa jeunesse de l'albumine dans les urines.

Mouvements actifs perçus à quatre mois de grossesse

Nausées. — Sialorrhée.

Petits symptômes de la *série pré-éclamptique*.

céphalée légère, mais persistante, amblyopie, trouble de la vue.

T. A. 15 1/2-10.

Pas de lésions du myocarde.

Pas de signes d'insuffisance ventriculaire gauche.

Mais: légère bouffissure de la face et des extrémités.

Cependant: jamais d'albumine depuis le début de la grossesse.

Le 24 mars 1938: fatigue.

Le 25 mars à 12 heures: brusquement hémorragie abondante de sang rouge au moment d'un effort de défécation. Pâleur de la face, cyanose des extrémités. Lipothymie.

Elle consulte un médecin: lit inondé de sang, vagin rempli de caillots, dilatation nulle, cœur fœtal perçu, mais irrégulier.

Entre à la Maternité clinique.

A son arrivée: énormes caillots dans le vagin, début de dilatation. Bruits du cœur fœtal difficilement perçus à gauche et en haut de l'ombilic.

T. A. (Vaquez) Maxima: 8.

Césarienne basse d'urgence. Technique habituelle. Pas de difficultés opératoires. Extraction du fœtus en état de mort apparente. Le cœur bat, mais l'enfant succombe sans avoir respiré.

Existence d'un volumineux caillot rétro-placentaire ayant décollé presque tout le placenta. Ce placenta qui est extrait avec la plus grande facilité (franchement pra-

evia et même recouvrant) a une déformation en cupule sur sa face utérine. Il s'agit donc d'un cas mixte de placenta praevia et d'hématome rétro-placentaire. Mais il semble bien que l'hémorragie due au placenta praevia et qui avait amené la constitution d'un très gros caillot vaginal, ait été précédée par l'apoplexie rétro-placentaire, vu les signes de pré-éclampsie observés chez la malade.

Les suites de couches sont normales.

Le 2 avril T. A.: 15,5-10.

Le 7 avril T. A.: 12,7.

Le 9 avril, la femme sort de la Maternité.

T. A.: 14,5-7,5.

OBSERVATION N° 17. — *Année 1941.*

Secondipare âgée de 32 ans.

Premiers pas à dix mois.

Réglée à dix ans et demi.

Première grossesse il y a trois ans. Accouchement par césarienne.

Dernières règles du 1^{er} au 8 avril 1940.

Mouvements actifs perçus le quatrième mois.

Vomissements et nausées dans les premiers mois.

Pas de céphalée, ni vertiges. Pas d'albumine.

Le 9 janvier 1941, à 4 heures, alors enceinte de huit mois et demi, la femme commence à souffrir. La poche des eaux est rompue.

À l'examen, l'utérus est en état de contracture.

Les bruits du cœur sont perçus, normaux comme cadence, mais lointains.

À 10 heures, le Professeur LEROUX examine la femme qui souffre de façon violente. L'utérus est très tendu. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Le toucher vaginal rencontre des parties molles très dures.

Le col est à peine effacé, la présentation est inaccessible (très haute). Le doigtier ramène du sang.

Le Professeur LEROUX décide alors de faire une césarienne pour deux raisons :

1°) parce que l'utérus est hypertendu.

2°) parce que la femme a déjà eu une césarienne il y a trois ans pour dystocie osseuse.

Opération *césarienne itérative, basse, sous anesthésie rachidienne*, suivant la technique habituelle.

Le fœtus est cyanosé. Le cœur ne bat pas. Le cordon n'a aucune pulsation et toutes les tentatives de réanimation sont infructueuses.

Immédiatement après l'extraction du fœtus, l'utérus en se contractant expulse une masse de caillots d'environ 250 grammes.

L'examen du placenta montre l'existence de deux larges cupules couvrant environ les $\frac{2}{5}$ de la surface placentaire. Il s'agissait donc d'un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

La T. A., sitôt la fin de l'opération, en plein shock opératoire est 12-7.

Le lendemain: T. A.: 15-8 1/2.

Trois jours plus tard: T. A.: 16-8 1/2.

La femme sort le 21 janvier 1941, dans un état satisfaisant.

CESARIENNE VAGINALE

OBSERVATION N° 18. — *Année 1932.*

Secondipare âgée de 33 ans.

Premiers pas à 17 mois.

Réglée à 16 ans.

Première grossesse à 22 ans. Accouchement sans incident d'un enfant vivant.

Dernières règles du 26 novembre au 2 décembre 1931.

Mouvements actifs perçus en mars 1932.

Le 30 juin, vers 7 heures, la femme enceinte de six mois et demi est prise brusquement de nausées, d'éblouissements. Elle voit les objets flous. Elle souffre de douleurs intolérables dans le bas-ventre et dans les reins. Elle vomit, elle va à la selle en diarrhée. Elle présente un état lipothymique. Devant cet état, elle se met au lit et fait appeler un médecin.

A ce moment, la femme a une abondante hémorragie de sang liquide et de caillots. Son médecin la fait alors transporter à la Maternité.

A son entrée, l'examen montre un utérus d'une dureté ligneuse. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Le toucher vaginal montre un col dilaté à 1 franc et le segment inférieur qui bombe dans le vagin en sébille de buis. Le doigt tombe au milieu de caillots.

On pense alors à un placenta praevia et le Docteur LEROUX décide d'intervenir.

Lavage de la cavité cervicale à l'eau iodo-iodurée.

Après l'ouverture de l'œuf, le Professeur LEROUX parvient à saisir un pied et l'abaisse. Comme la dilatation est insuffisante, il fait *la section antérieure du col*.

Après quoi, il extrait le siège, le tronc, les membres supérieurs sous légère anesthésie.

Pour rendre plus aisée la sortie de la tête dernière, le Professeur LEROUX vide celle-ci d'une partie de la matière cérébrale à l'aide du perforateur-alésoir de Tarnier. L'extraction est tellement facilitée qu'il n'a pas besoin de faire usage du cranioclaste.

La délivrance est alors faite. Puis lavage de la cavité utérine à l'eau iodo-iodurée.

Suture du col au catgut.

Pendant l'intervention, on apprend que la malade avait eu ces jours-ci « les jambes enflées ».

L'urine prélevée par cathétérisme montre alors une *grande quantité d'albumine*.

T. A.: 10-7.

L'examen du placenta montre sur l'un de ses bords une zone noirâtre.

On fait alors le diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Après l'intervention: T. A.: 7-5. Pouls: 140.

On fait à la femme une injection de sérum physiologique de 500 cm³. T. A.: 9-6.

La femme sort dans un état satisfaisant le 20 juillet 1932.

CESARIENNE SUIVIE D'HYSTERECTOMIE

OBSERVATION N° 19. — *Année 1923.*

Madame P..., âgée de 42 ans, enceinte de 8 mois et demi, entre le 9 juin 1923, à 8 heures, à la Maternité clinique, avec les signes suivants:

Son aspect nous frappe: celui des grandes hémorragies: faciès blafard, traits tirés, nez pincé, soif ardente, langue sèche, décoloration des muqueuses.

L'état très grave de la malade empêche l'interrogatoire. Tout ce que l'on peut savoir, c'est que cette femme, seule chez elle, sur un grabat, dans un état de misère physiologique lamentable, n'aurait rien mangé depuis plusieurs jours.

L'examen des urines n'a pas été pratiqué avant son entrée.

La femme raconte dans l'intervalle de hoquets et de douleurs que dans la nuit du 8 au 9, elle avait eu une grosse hémorragie accompagnée de douleurs utérines et de coliques. Elle attend, croyant que cela va se passer. Elle se décide cependant à appeler, mais seule chez elle, elle ne peut avoir du secours que le 9 à 7 h. 30, et elle entre alors à la Maternité.

A l'examen, on trouve un gros utérus d'une dureté de bois, douloureux. On constate aussi que cette femme perd du sang sans discontinuer.

Le toucher vaginal permet l'introduction du doigt et l'on sent vaguement d'ailleurs, une tête. Il n'y a pas de dilatation possible.

En présence de ce cas grave, avec pouls misérable, petit, rapide, incomptable, sans température, on lui fait le traitement général des hémorragies (sérum — adrénaline, hémostyl, huile camphrée, strychnine, spartéine).

A 10 heures, le Docteur GROSSE, chef de service examine la malade et décide de pratiquer d'urgence l'*opération césarienne*, type haute, sous anesthésie générale.

Ouverture de l'utérus. Enfant mort du sexe masculin.

Le placenta dont l'insertion est normale, assez haute, vient immédiatement sous la main de l'opérateur. Il présente un énorme caillot sur sa face utérine.

L'opération se termine par une *hystérectomie totale*, l'utérus étant cependant en assez bon état, mais par crainte d'une infection possible et d'une hémorragie ultérieure. L'examen des urines montre une quantité notable d'albumine.

La malade reçoit sans discontinuer du sérum glucosé, en goutte à goutte, plus tonique, adrénaline, huile camphrée.

Le pouls est introuvable, la décoloration des muqueuses s'accroît. Ne trouvant aucun donneur, on ne peut lui faire de transfusion de sang.

Cet état se maintient jusqu'au soir. A ce moment, il s'aggrave. La malade meurt à 19 h. 30.

OBSERVATION N° 20. — Année 1934.

VIII pare, âgée de 41 ans.

Réglée à 13 ans.

Premier mariage: 1°) accouchement en 1912 d'un enfant vivant, bien portant.

Deuxième mariage: 2°) accouchement en 1921 d'un enfant vivant, bien portant.

3°) accouchement en 1922 d'un enfant vivant, bien portant.

Quatre fausses-couches consécutives de trois mois environ.

4°) Accouchement 1927, d'un enfant vivant, bien portant.

5°) Accouchement 1928, d'un enfant vivant, bien portant.

Une fausse-couche.

6°) Accouchement en 1932 d'un enfant vivant, bien portant.

7°) Accouchement en 1933 d'un enfant vivant bien portant.

Dernières règles du 4 au 5 mai 1934.

Mouvements actifs fin octobre.

Le 1^{er} décembre à 5 heures du matin, la malade alors enceinte de six mois et demi, est prise de coliques.

Col non dilaté. Aussi, il lui est prescrit le repos au lit et un lavement laudanisé.

A 10 heures, la malade perd à flots du sang par la vulve et devant cette hémorragie si abondante, elle entre à la Maternité clinique.

A son arrivée, vers 13 h. 30, elle est absolument exsangue. Elle est d'une pâleur de cire, les lèvres et les paupières décolorées. Elle accuse une sensation de soif intense. Elle semble hypothermique. Pouls incomptable. Il s'écoule par la vulve un filet de sang rouge noirâtre.

Transfusion de deux cents grammes qui ranime un peu la malade.

Utérus dur, ligneux, un peu douloureux.

Bruits du cœur non perçus.

Col en éteignoir, poche des eaux très tendue.

Examen des urines montre de l'albumine. (4 grammes au tube d'Esbach), alors que tous les examens antérieurs, aux dires de la malade, avaient été négatifs.

Œdème des jambes.

On ne peut lui prendre sa T. A. parce qu'elle est trop basse.

Le Professeur LEROUX rompt alors la poche des eaux, mais comme l'hémorragie continue, il décide de faire une *césarienne corporéale*.

Anesthésie au Schleich.

Extraction d'un fœtus mort-né.

Extraction du placenta, ayant sur sa face utérine un gros caillot noir de 250 grammes.

Existence d'un certain épanchement de sang intrapéritonéal. Aussi, comme la femme est âgée de 41 ans,

qu'elle a eu huit grossesses, le Professeur LEROUX fait une *hystérectomie subtotale*.

Après des suites opératoires plus ou moins bonnes, par suite de deux désunions de la paroi, la malade quitte la maternité clinique le 6 février dans un état satisfaisant.

REFLEXIONS QUE SUSCITENT CES OBSERVATIONS

I. — AU POINT DE VUE CLINIQUE

Lorsqu'on examine les observations publiées d'apoplexie utéro-placentaire et d'hématome rétro-placentaire et les réflexions et les opinions des auteurs, on est frappé par les dissemblances entre les faits observés et leur interprétation.

On est frappé surtout par les différences considérables de gravité des cas cliniques et par la variété des moyens thérapeutiques mis en œuvre.

Le disparate est tel dans certains cas, qu'il semble que l'on n'ait pas à faire à la même maladie.

Nous-même, dans les observations que nous avons rapportées, nous nous trouvons également devant des cas très différents, et c'est précisément cette différence que nous voudrions tout d'abord souligner.

CLINIQUEMENT. — *Certains cas sont si bénins, qu'ils se bornent à de simple découvertes de particularités du placenta. Le placenta est expulsé en même*

temps qu'un caillot plus ou moins volumineux qui a marqué sur la face maternelle, une ou plusieurs dépressions en cupule. Dans ce cas, on trouve parfois rétrospectivement un peu d'albumine, une tension artérielle un peu forte, quelques signes discrets de la série pré-éclamptique. Dans certaines observations, tout se borne à un peu d'œdème.

A côté de ces cas si bénins, *existent d'autres cas moyens*, pourrait-on dire, dans lesquels le syndrome est déjà plus intense. C'est une femme, qui a nettement présenté de l'albuminurie, une tension artérielle, avec élévation surtout de la pression minima, quelques œdèmes, et chez laquelle, au terme approximatif de la grossesse, se déclenche un travail d'allure, particulièrement douloureuse.

L'utérus est tendu en permanence, les contractions cessent à peine, la femme perd du sang noirâtre, mais peu abondant, qui s'écoule en bavant par la vulve. Son col reste tendu, ayant de la peine à se dilater ; les bruits du cœur sont parfois modifiés, et chez cette femme, grâce en général à un traitement médical approprié (emploi de médicaments spasmolytiques), on obtient une dilatation complète de l'utérus. Le placenta présente ici de vastes cupules, et derrière lui a été expulsée une masse importante (500-800 grammes) de caillots noirs.

Cette malade a les urines très albumineuses, la

tension artérielle est élevée et elle a parfois des œdèmes. Ce terrain clinique de pré-éclampsie, sur lequel se développe l'apoplexie utéro-placentaire dans sa forme modérée, ne manque jamais. La constance de ce syndrome préalable ne signifie pas qu'il soit complet.

D'autre part, on peut considérer de telles malades comme se trouvant avant la survenue de l'apoplexie utéro-placentaire, à la bifurcation des chemins qui mènent l'un à l'éclampsie convulsive confirmée, l'autre à l'éclampsie hémorragique.

Dans cette forme moyenne, qui ne nécessite pas l'intervention chirurgicale, on n'a pas la possibilité de constater s'il existe ou non des suffusions hémorragiques étendues aux parois utérines, à la sphère génitale ou même au delà.

Enfin, *les cas graves et très graves*, qui imposent une action immédiate et qui se manifestent cliniquement par la brutalité et l'intensité extrême des symptômes, mériteraient seuls le nom d'apoplexie utéro-placentaire, si on veut interpréter au pied de la lettre ce terme synonyme de coup de sang, de congestion intense et active avec suffusions hémorragiques.

En réalité, il convient avec COUVELAIRE après avoir démembré ces syndromes si disparates en apparence, de les remembrer sous l'appellation généri-

que d'apoplexie utéro-placentaire; en considérant toutefois qu'il y a place dans ce chapitre pour des formes d'intensité clinique très différentes dont la gamme s'étend des états véritablement cataclysmiques aux formes cliniques les plus dégradées.

On comprend alors que si une pathogénie univoque est susceptible d'expliquer le mécanisme et la succession des faits cliniques, à l'encontre les *moyens thérapeutiques* opposés à des formes si diverses, ne peuvent être eux-mêmes que très différents les uns des autres, et bien entendu, proportionnés à la gravité des cas.

STATISTIQUE

Nous constatons en gros que sur nos vingt observations qui s'échelonnent de 1923 à 1941, la *mortalité maternelle* a été de *trois cas*, soit 15 %. Deux de ces cas concernant des accouchements par voie naturelle, l'autre une césarienne suivie d'hystérectomie. La *morbidity* de ces cas est entachée de quelques accidents, d'ailleurs peu nombreux, mais chose à remarquer, d'aucune « phlegmatia », point intéressant, puisqu'il s'agit de femmes ayant eu des hémorragies et souvent fort abondantes.

Quant à la *mortalité fœtale*, elle atteint dans l'ensemble 70 %, chiffre inférieur à ceux qui sont donnés en général.

En serrant de plus près l'étude statistique en fonction du traitement mis en œuvre, nous aboutissons à l'établissement du tableau suivant :

Accouchement spontané :

Neuf fois l'accouchement s'est terminé spontanément, après avoir ou non rompu la poche des eaux, ou après injection de morphine.

La mortalité maternelle a été de un cas, soit 11 %.

La mortalité fœtale a été de 7 cas, soit 77 %.

Accouchement par forceps :

Une fois : dans ce cas la mère et l'enfant sont morts.

Accouchement par césarienne basse :

Sept fois la césarienne basse a été pratiquée.

La mortalité maternelle a été nulle.

La mortalité fœtale a été de 3 cas, soit 40 %.

Accouchement par césarienne vaginale :

Une fois, la césarienne vaginale a été pratiquée.

La mère a survécu.

L'enfant est mort.

Césarienne suivie d'hystérectomie :

Deux fois, la césarienne suivie d'hystérectomie a été pratiquée.

La mortalité maternelle a été de 1, soit 50 %.

La mortalité fœtale a été de 2, soit 100 %.

II. — AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT DES APOPLEXIES UTERO-PLACENTAIRES

Certains cas d'apoplexie utéro-placentaire n'étant que de simples découvertes d'examen du placenta et diagnostiqués après coup, ne comportent, bien entendu, aucun traitement actif; il n'en est pas moins vrai que chez ces malades, l'examen des urines, la tension artérielle, la recherche des symptômes d'une toxémie gravidique, seraient de mise pour éviter des aggravations ou séquelles.

Lorsque, par contre, le syndrome sera diagnostiqué en temps voulu, le traitement sera proportionné à l'intensité des symptômes.

Il ne s'agit pas d'être systématiquement interventionniste chirurgical (COUVELAIRE), ou systématiquement abstentionniste (SOLOMONS). Il nous semble, avec nombre d'auteurs dont *l'opinion opportuniste* a été nettement exprimée au Congrès d'Obstétrique de 1937, qu'il faut s'adapter aux circonstances.

Comme au point de vue clinique, ce qui domine, c'est la *douleur* qui résulte elle-même de l'état de contracture permanente, de tétanisation de l'utérus, qui est d'une dureté de bois et absolument impalpable.

Comme d'autre part, cette douleur contribue pour beaucoup à l'état de shock, il faut avant tout la combattre. On aura donc recours comme médicament d'urgence aux *opiacés*, qui sont les meilleurs sédatifs de la douleur et parmi ceux-ci, c'est à la *morphine* qu'on donnera la préférence.

On n'hésitera pas à employer deux ou même trois centigrammes de morphine, sans se laisser influencer par l'abondance de l'albuminurie.

On obtiendra ainsi bien souvent une sédation de la douleur qui permettra un transport moins pénible dans le lieu obstétrical où la malade doit être soignée. On obtiendra aussi une résolution plus ou moins complète de l'état spasmodique de l'utérus. Cette résolution sera particulièrement accentuée au niveau du col utérin. Et plusieurs de nos observations montrent que sous l'influence de la morphine, l'état de contracture du col s'est résolu au point de le rendre praticable ou même d'amener sa dilatation complète.

A cet égard, nous prisons peu l'usage en pareil cas de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, dont l'action vise à activer l'évacuation de l'utérus, mais il ne nous paraît pas sans danger d'imposer à un utérus déjà tétanisé, déjà contracturé, une excitation nouvelle, et l'action double, sédative de la douleur et spasmodique de la morphine, nous semble de beaucoup préférable.

Il n'est pas sans intérêt d'indiquer ici un fait d'observation de valeur assez générale en obstétrique, c'est que les femmes en plein travail, atteintes de dystocie spasmodique du col, lorsqu'on les transporte de leur domicile à la Maternité, à la faveur de ce transport, qu'elles aient ou non reçu de la morphine au préalable, avancent parfois et même achèvent la dilatation de leur col, certaines mêmes accouchent spontanément dans l'ambulance. Les choses se passent comme si les secousses, les trépidations de la voiture dont l'intensité est vive, et que connaissent bien tous ceux qui ont subi un transport en brancards, avaient une action résolutive du spasme utérin. Nous avons, dans certaines observations (comme dans l'observation n° 1) relevé le fait.

A côté de ce traitement fondamental par la morphine, qui est souvent suffisant, mais toujours nécessaire, les circonstances nous guideront dans l'emploi des autres traitements.

Dans certains cas très graves, le shock, l'anémie aiguë par spoliation sanguine sont telles qu'aucune action même bénigne ne semble possible sans avoir remonté l'état de la malade, et c'est ici que l'emploi des différents *tonicardiaques* et *analeptiques* doit être massif et que la *transfusion sanguine* a sa place de choix.

La *transfusion sanguine* est la médication héroï-

que qui sauvera la mère, à condition qu'on n'hésite pas à injecter de 300 à 500 grammes de sang.

Ce traitement s'adresse bien entendu à certains cas de gravité extrême, quasi désespérée (Voir ci-dessus observation n° 20).

Hormis ces cas, l'examen général étant fait, le diagnostic posé, et il n'est pas toujours facile, on s'inquiètera de *l'état du fœtus*. Est-il vivant ou non ? Quelle est la qualité de ses bruits du cœur, c'est-à-dire quel est le degré de vitalité du fœtus ?

Si l'enfant est vivant et viable, on s'orientera volontiers vers une *intervention chirurgicale*, parce que sa rapidité d'exécution, sa netteté permettront de remplir au mieux les nécessités de l'urgence: extraction d'un enfant vivant, évacuation hémostatique de l'utérus, rapide, complète, définitive, en tournant l'obstacle du col et en vérifiant l'état apoplectique des organes génitaux internes.

Par contre, si *l'enfant est mort*, on ne s'orientera vers la voie chirurgicale que si l'on estime que la vie de la mère est en danger, du fait, dans les cas graves, de l'impossibilité d'accéder à l'intérieur de l'utérus et de le vider rapidement. Ici donc, la laparatomie ayant permis de prendre connaissance de l'état de l'abdomen, on se décidera en toute connaissance de cause.

L'hystérectomie d'emblée sera réservée aux gran-

des suffusions hémorragiques sous péritonéales, parfois étendues loin de la zone génitale, en cas de shock très grave chez de grandes multipares.

Dans les autres circonstances, on fera tout d'abord une *césarienne basse*. Puis l'utérus étant vidé de tout son contenu: œuf et caillot, on explorera soigneusement la cavité utérine, la tranche de section utérine et l'on observera la façon dont l'utérus se contracte et fait son hémostase. Si l'hémostase se fait spontanément tout est parfait, et on laissera l'utérus en place. Si l'utérus présente une certaine atonie, on devra injecter dans le muscle utérin dix unités internationales de post-hypophyse. Si l'utérus alors réagit, on le respectera. Si, par contre, l'utérus reste atone, saignant, il sera préférable d'en pratiquer l'exérèse pour se mettre à l'abri de toute hémorragie nouvelle dont la femme serait incapable de faire les frais.

Malgré l'intérêt de ces épreuves physio-pathologiques, on n'oubliera pas qu'un des meilleurs moyens de favoriser l'hémostase de l'utérus au cours d'une césarienne est *l'anesthésie rachidienne*. On se rappellera aussi que l'hémorragie au cours d'une césarienne, toujours beaucoup plus importante lorsque l'opération est faite sous anesthésie générale, se poursuit malgré l'injection de post-hypophyse jusqu'au moment où la suture utérine a fermé complètement le sac utérin et ces deux notions restreignent donc beaucoup la valeur

de l'épreuve physio-pathologique, concernant l'hémotase de l'utérus.

Le *traitement obstétrical pur* de l'apoplexie utéro-placentaire convient à de très nombreux cas. L'un des plus anciens, c'est la *rupture des membranes*. C'est celui que l'on s'efforcera d'employer lorsque l'enfant est mort et que la dilatation permet l'accès des membranes. Ce procédé, s'il ne permet pas l'hémotase complète, aidera tout au moins à la dilatation du col et avancera l'évacuation de l'utérus.

Si *l'enfant étant mort, mais étant petit, et si le col n'est pas suffisamment dilaté* pour évacuer l'utérus, il pourra être désirable d'obtenir un agrandissement du col. Ce n'est pas à la dilatation manuelle que l'on aura recours, car on sait que ces « soi-disant » dilatations ne sont que de véritables dilacérations du col.

On donnera la préférence bien plutôt aux incisions du col sur la ligne médiane, en avant ou en arrière, voire même à la *césarienne vaginale*, après décollement et refoulement de la vessie, si cela est nécessaire. On aura obtenu ainsi sur le col une ouverture telle que l'on pourra librement pratiquer une *embryotomie* suivie d'une délivrance artificielle.

D'autres circonstances sont plus favorables, dans lesquelles le col s'ouvre et permet d'extraire le fœtus soit par *forceps*, soit par *version*.

EN RESUME, il en est de l'apoplexie utéro-placentaire comme d'une autre maladie obstétricale hémorragipare: le placenta-praevia. Un seul procédé ne répond pas à tous les cas et cela se conçoit bien, tant sont variables les expressions cliniques de ce syndrome.

Ce qui assemble en un faisceau unique les cas si disparates d'apoplexie utéro-placentaire, ce n'est donc pas la clinique, ni la thérapeutique, c'est la pathogénie encore enveloppée d'une gangue épaisse en dépit des travaux modernes qui ont tenté de la briser.

CONCLUSIONS

I) — Cette étude réunit vingt observations d'apoplexie utéro-placentaire recueillies depuis 1923 à la Clinique obstétricale de l'Ecole de Médecine de Nantes.

II) — Ces observations diffèrent beaucoup les unes des autres au point de vue clinique et pronostic.

— Malgré leurs variétés, elles se placent toutes cependant dans le cadre de l'apoplexie utéro-placentaire par la constance de certains symptômes fondamentaux du syndrome, à savoir: l'albuminurie, l'hypertension, des œdèmes et la survenue en apparence spontanée de l'hémorragie rétro-placentaire.

III) — A ces formes si variées d'allure et de gravité, correspond l'emploi de moyens thérapeutiques appropriés, eux-mêmes très variables.

Ces moyens thérapeutiques doivent viser dans les cas graves à *l'évacuation rapide mais non traumatisante de l'utérus*. Selon la gravité des cas, ils ont con-

sisté dans l'emploi de la morphine, la rupture des membranes, l'hypophyse, l'évacuation utérine par la version, le forceps ou l'embryotomie, enfin les procédés chirurgicaux: césarienne, exceptionnellement vaginale, le plus souvent abdominale et basse, complétée parfois par l'hystérectomie. A certains cas, particulièrement graves, on opposera utilement la transfusion sanguine d'urgence comme moyen thérapeutique anexe.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- AHEMADA. — Clinique et traitement de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Sem. Péd.*, 17 novembre 1938).
- BALARD. — Discussion sur l'apoplexie utéro-placentaire. (*Gynécologie et obstétrique*, octobre 1937).
- BRINDEAU et LANTUEJOUL. — Hémorragie rétro-placentaire. Statistique de la Clinique Tarnier. (*Gynécologie et obstétrique*, octobre 1937).
- COUVELAIRE (A.) et COUVELAIRE (R.). — Apoplexies utéro-placentaires. Essai de pathogénie. (*Gynécologie et obstétrique*, août 1937).
- DELMAS (P.) et CADERAS DE KERLAN (J.). — A propos de 22 cas de décollement du placenta normalement inséré. (*Bulletin de Sté Gynécologie et obstétrique*, janvier 1938).
- GIBARA (E.). — Etude statistique des décollements prématurés du placenta sur un ensemble de 19.651 accouchements. (*Thèse*, Lyon, 1938).
- GINGLINGER (A.). — Au sujet des décollements prématurés du placenta de 1924 à 1936 à la Clinique Gynécologique. (*Bulletin Société obstétrique et gynécologie Paris*, avril 1937).
- KELLER. — Valeur du traitement obstétrical appliqué à l'hématome rétro-placentaire. (*Gynécologie et obstétrique*, octobre 1937).

- PORTES (L.). — A propos de l'apoplexie utéro-placentaire (*Gynécologie et obstétrique*, mai 1935).
(Thèse Paris 1922).
- PORTES, LEPAGE, MEYER. — Hématomes rétro-placentaires sans manifestations toxhémiques. (*Bulletin de Sté Gynécologie obstétrique*, janvier 1939).
- POUCHARD (P.-L.). — Etude expérimentale des apoplexies utéro-placentaires. (*Thèse*, Bordeaux, 1938).
- RIVIERE (M.) et POUCHARD (P.). — Contribution à l'étude expérimentale des apoplexies utéro-placentaires. (*Bulletin Société obstétrique et gynécologie, Paris*, avril 1937).
- SAPPEY (P.), MORIZ DE ARAGO (J.-M.) et SNOEK (M.). — Traitement de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Gynécologie et obstétrique, Paris*, juin 1937).
- SOLAL (R.). — Discussion sur le traitement de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Bulletin de Société Obstétrique et gynécologie Paris*, juin 1937).
- VICHARD. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Bulletin de Société Gynécologique et obstétrique*, juin 1938).
- WEYMEERSCH et SNOEK. — Traitement de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Gynécologie et obstétrique*, août 1937).
-

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
